Ueber den Einfluss wiederholter Schwangerschaft auf die Prognose der Geburt bei engem Becken.

Inaugural-Dissertation,

welche unter Zustimmung der

hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

einreicht und

am 20. März 1874

öffentlich vertheidigen wird

Heinrich Müller

aus Versmold.

MARBURG.

Druck von Joh. Aug. Koch.

1874.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0246

Seinem theuren Vater

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Die Prognose der Geburten bei engem Becken ist in der Neuzeit vielfach erörtert worden. Insbesondere ist durch Litzmann*) kürzlich wiederum die Aufmerksamkeit auf die Frage gelenkt worden, ob und wie durch voraufgegangene Geburten die Prognose für eine später erfolgende Niederkunft beeinflusst wird. Michaelis hatte in seinem klassischen Werke „Ueber das enge Becken“ in tabellarischer Zusammenstellung das häufigere Vorkommen abnormer Geburten bei Mehrgebärenden mit engem Becken gegenüber den Erstgebärenden dargethan und besonders hervorgehoben, dass die Wehen bei engem Becken schlechter würden bei wiederholter Niederkunft. Litzmann ist dieser Auffassung entgegengetreten und giebt auf Grund seiner Erfahrung an, dass „namentlich vorhergegangene Geburten nicht die störende Wirkung auf die Wehen ausüben, welche man ihnen nach ihrem ungünstigen Einfluss auf Lage und Gestalt des Uterus, Stand, Lage und Haltung der Frucht beimessen möchte“. Die Frage bedarf weiterer Untersuchung und namentlich der Beibringung eines umfassenderen Beobachtungsmaterials, bevor dieselbe als spruchreif gelten kann. Mit Bereitwilligkeit bin ich daher darauf eingegangen, als mir behufs Prüfung dieser Frage von meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Dohrn das in der Marburger Entbindungsanstalt erwachsene Material zur Disposition gestellt wurde.

---

*) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr. 23.

Meine Aufzeichnungen aus den Anstalts-Journalen umfassen die Jahre 1846—1874. Die Gesammtzahl der Geburten bei engem Becken, welche ich für meine Untersuchung verwerthen konnte, betrug 217.*)

Die folgende Tabelle ergiebt eine Uebersicht sämmtlicher Einzelbeobachtungen.

---

*) Von diesen 217 Fällen wurden ungefähr zwei Drittheile in der Entbindungsanstalt beobachtet, dagegen die Angaben über das letzte Drittel der anamnestischen Erkundigung der betreffenden Schwangeren entnommen.

I.
Erstgebärende.

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
1	Schädellage	gut	natürlich	lebend
2	„	schlecht	Zangengeburt	„
3	„	„	„	„
4	„	„	„	„
5	„	„	„	„
6	„	gut	natürlich	„
7	„	„	„	„
8	„	„	„	„
9	„	„	„	„
10	„	„	„	„
11	„	„	„	„
12	„	„	Zangengeburt	„
13	„	„	„	todt
14	„	„	natürlich	lebend
15	„	„	künstl. Frühgeburt	„
16	„	„	natürlich	„
17	„	„	„	„
18	„	„	„	„
19	„	„	„	todt
20	„	„	Zangengeburt	lebend
21	Knielage	„	natürlich	„
22	Schädellage	„	„	„
23	„	„	künstl. Frühgeburt	„
24	„	„	Zangengeburt	„
25	„	„	natürlich	„
26	Schädellage	„	künstl. Frühgeburt	todt
27	Fusssteisslage	„	„	„
28	Schädellage	„	natürlich	lebend
29	„	„	„	todt
30	„	„	künstl. Frühgeburt	lebend
31	„	„	Zangengeburt	todt
32	„	„	künstl. Frühgeburt	lebend
33	„	„	Zangengeburt	todt
34	„	schlecht	künstl. Frühgeburt Cephalotripsie	„
35	„	„	Vorfall d. Nabelschn.	„
36	Fusslage	gut	Extraction	„
37	Schädellage	„	natürlich	„

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
38	Schädellage	gut	natürlich	lebend
39	„	„	„	„
40	„	„	„	„
41	„	„	Zangengeburt	„
42	„	„	natürlich	„
43	„	„	„	„
44	„	„	„	„
45	„	„	„	„
46	„	„	Zangengeburt	st. sehr bald
47	„	„	„	lebend
48	„	„	natürlich	stirbt bald
49	„	„	künstl. Frühgeburt	lebend
50	„	„	natürlich	„
51	„	„	„	„
52	„	„	„	„
53	„	„	„	todt
54	„	„	„	lebend
55	Fusslage	„	Extraction	todt
56	Schädellage	„	natürlich	lebend
57	„	„	„	„
58	„	„	„	stirbt bald
59	„	„	„	lebend
60	„	„	Zangengeburt	„

II.
Zweitgebärende.

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
1	Steisslage	schwach	natürlich	todt
2	Schädellage	„	künstl. Frühgeburt	„
3	„	gut	natürlich	lebt
4	Steisslage	„	„	macerirte Frucht
5	Schädellage	schlecht	Zangengeburt	lebend
6	Steisslage	gut	natürlich	„
7	Schädellage	schwach	Zangengeburt	„
8	„	gut	natürlich	„
9	„	„	Zangengeburt	„
10	„	schwach	„	„
11	„	„	„	„
12	„	„	„	„
13	„	gut	natürlich	„
14	Fusslage	„	„	todt
15	Schädellage	„	Wendung, Vorfall der Nabelschnur	stirbt bald
16	„	„	natürlich	lebt
17	„	„	„	„
18	„	„	„	„
19	Fusslage	„	Extraction	„
20	Schädellage	„	natürlich	„
21	„	„	„	„
22	„	selt. u. schw.	„	„
23	„	schwach	Zangengeburt	„
24	„	gut	natürlich	„
25	„	„	„	„
26	„	„	Zangengeburt	„
27	„	„	natürlich	„
28	„	sehr schwach	„	todt
29	„	schwach	künstl. Frühgeburt Cephalotripsie	„
30	„	gut	Vorfall d. Nabelschn.	lebt
31	Querlage	„	Wendung, Zange	„
32	Scheitellage	„	natürlich	todt
33	Schädellage	„	„	lebt
34	„	„	„	„
35	„	„	„	„

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
36	Schädellage	gut	natürlich	lebt
37	Fusslage	schwach	„	„
38	Steisslage	„	„	todt
39	„	„	künstl. Frühgeburt	„
40	Schädellage	gut	Zangengeburt	„
41	„	„	natürlich	„
42	„	„	„	lebt
43	„	„	Zangengeburt	„
44	„	„	künstl. Frühgeburt	„
45	„	„	natürlich	„
46	Stirnlage	„	„	st.sehrbald
47	Schädellage	„	Vorfall d. Nabelschn.	„
48	„	„	Zangengeburt	todt
49	„	„	künstl. Frühgeburt	lebt
50	„	„	natürlich	„
51	„	„	künstl. Frühgeburt	todt
52	„	„	natürlich	stirbt bald
53	„	„	Zangengeburt	lebt
54	„	„	natürlich	„
55	„	„	„	„
56	„	„	Zangengeburt	„
57	„	„	natürlich	„
58	„	„	„	„
59	„	„	Zangengeburt	„
60	„	„	natürlich	st.sehrbald

III.
Drittgebärende.

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
1	Schädellage	gut	natürlich	lebt
2	„	„	künstl. Frühgeburt	„
3	„	„	natürlich	„
4	„	schlecht	künstl. Frühgeburt	todt
5	Querlage	„	Wendung	lebt
6	Schädellage	sehr schlecht	natürlich	„
7	„	„	„	„
8	„	schlecht	„	„
9	„	gut	Zangengeburt	„
10	Steisslage	„	Extraction	„
11	Schädellage	„	natürlich	„
12	„	„	„	„
13	„	„	„	„
14	„	gut	„	„
15	„	schlecht	künstl. Frühgeburt	todt
16	„	„	natürlich	lebt
17	„	sehr schlecht	Zangengeburt	„
19	Querlage	gut	Wendung	„
19	Schädellage	schlecht	natürlich	„
20	„	sehr schlecht	„	„
21	Querlage	gut	Wendung	„
22	Schädellage	„	natürlich	„
23	„	„	„	„
24	„	„	„	„
25	„	schlecht	„	„
26	„	gut	„	„
27	„	„	„	„
28	„	„	„	„
29	Steisslage	schlecht	Extraction	„
30	Querlage	gut	Wendung	todt
31	Stirnlage	„	Zangengeburt	lebt
32	Querlage	„	Wendung	todt
33	Schädellage	„	künstl. Frühgeburt	„
34	„	„	Perforation	„
35	„	„	natürlich	„
36	„	„	„	lebt
37	„	„	„	todt
38	„	„	„	lebt

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
39	Schädellage	gut	natürlich	lebt
40	„	„	Wendung	todt
41	„	schlecht	natürlich	„
42	„	gut	„	stirbt bald
43	„	„	„	todt
44	„	„	„	lebt
45	„	schlecht	„	„
46	„	„	„	todt
47	Querlage	gut	Wendung	„
48	Schädellage	„	natürlich	„
49	„	„	künstl. Frühgeburt	„
50	„	„	natürlich	lebt
51	„	„	„	„
52	„	„	„	„
53	„	„	„	„
54	„	schlecht	künstl. Frühgeburt	todt
55	„	„	Zangengeburt	„
56	„	gut	natürlich	lebt
57	„	„	„	todt
58	Querlage	schlecht	Wendung	„
59	Steisslage	„	natürlich	„
60	Querlage	gut	Wendung	lebt

IV.
Viertgebärende.

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
1	Schädellage	gut	künstl. Frühgeburt	lebt
2	Knielage	„	Vorfall d. Nabelschn.	todt
3	Schädellage	schlecht	„	lebt
4	„	gut	natürlich	„
5	„	„	„	„
6	„	„	„	„
7	„	„	„	„
8	„	„	„	„
9	„	„	Zangengeburt	todt
10	„	sehr schlecht	natürlich	lebt
11	„	„	„	todt
12	„	gut	„	lebt
13	„	„	„	„
14	Fusslage	„	Extraction	todt
15	Schädellage	„	künstl. Frühgeburt	lebt
16	„	„	natürlich	„
17	„	schwach	„	„
18	„	gut	„	„
19	„	schlecht	künstl. Frühgeburt	todt
20	„	„	Zangengeburt	„

V.
Fünftgebärende.

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
1	Schädellage	schlecht	künstl. Frühgeburt	todt
2	„	gut	natürlich	lebt
3	„	schlecht	„	„
4	„	gut	„	„
5	„	schlecht	künstl. Frühgeburt	todt
6	„	„	Zangengeburt	„
7	„	gut	natürlich	„
8	„	„	„	„
9	„	schlecht	„	„

VI.
Sechstgebärende.

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
1	Schädellage	gut	künstl. Frühgeburt	todt
2	„	„	„	lebt
3	Querlage	„	Wendung	„

VII.
Siebtgebärende.

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
1	Schädellage	gut	Zangengeburt	todt
2	„	„	„	„
3	„	schlecht	natürlich	lebt

VIII.
Achtgebärende.

	Lage der Frucht.	Wehen.	Verlauf der Geburt.	Ausgang für das Kind.
1	Schädellage	schlecht	künstl. Frühgeburt	todt
2	„	„	natürlich	lebt

Fassen wir die vorstehenden Ergebnisse zusammen, so ergiebt sich Folgendes:

I. Beschaffenheit der Wehen bei engem Becken.

1. bei Erstgebärenden kamen vor:
   Gute Wehen . . . 90 Procent,
   schlechte Wehen . . 10 "
2. bei Zweitgebärenden:
   Gute Wehen . . . 81 2/3 Procent,
   schlechte Wehen . . 18 1/3 "
3. bei Drittgebärenden:
   Gute Wehen . . . 71 2/3 Procent,
   schlechte Wehen . . 28 1/3 "

II. Lage der Frucht bei engem Becken.

1. bei Erstgebärenden kamen vor:
   Schädellagen . . . . 93 1/3 Procent,
   Fuss- und Knielagen . 6 2/3 "
2. bei Zweitgebärenden:
   Schädellagen . . . . . 81 2/3 Procent,
   Steisslagen . . . . . 8 1/3 "
   Fusslagen . . . . . 5 "
   Querlagen . . . . . 1 1/3 "
   Scheitel- und Stirnlagen . . 3 1/3 "
3. bei Drittgebärenden:
   Schädellagen . 80 Procent,
   Steisslagen . 5 "
   Querlagen . . 13 1/3 "
   Stirnlagen . . 1 2/3 "

III. Art des Geburtsverlaufs bei engem Becken.

1. bei Erstgebärenden kamen vor:
   Natürliche Geburten . . . . . 56 1/3 Procent,
   Zangengeburten . . . . . 23 1/3 "
   künstliche Frühgeburten . . . 13 1/3 "
   Perforation oder Cephalotripsie . 1 2/3 "
   Extraction an den Füssen . . . 3 1/3 "
   Vorfall der Nabelschnur . . . 1 2/3 "

2. bei Zweitgebärenden:

Natürliche Geburten	58 1/3 Procent,
Zangengeburten	28 1/3 =
künstliche Frühgeburten . . .	10 =
Wendungen	3 1/3 =
Perforation oder Cephalotripsie .	1 2/3 =
Extraction	1 2/3 =
Vorfall der Nabelschnur . . .	5 =

3. bei Drittgebärenden:

Natürliche Geburten . .	61 2/3 Procent,
Zangengeburten	6 2/3 =
künstliche Frühgeburten .	10 =
Wendungen	15 =
Extractionen	3 2/3 =
Perforationen	1 2/3 =
Vorfall der Nabelschnur .	3 1/3 =

IV. Ausgang der Geburt für das Kind bei engem Becken:

1. bei Erstgebärenden wurden geboren:

lebende Kinder .	73 1/3 Procent,
todte = .	16 2/3 =

2. bei Zweitgebärenden:

lebende Kinder .	71 2/3 Procent,
todte = .	18 1/3 =

3. bei Drittgebärenden:

lebende Kinder . .	65 Procent,
todte = . .	35 =

Bei vorstehender Berechnung habe ich die Viert- bis Achtgebärenden ausgeschlossen, weil von diesen mir nur eine geringere Zahl zur Verfügung stand. Zähle ich aber die sämmtlichen Mehrgebärenden zusammen und stelle die Ergebnisse dann denen bei Erstgebärenden gegenüber, so ergiebt sich Folgendes:

	Erstgebärende: 60 Fälle.	Mehrgebärende: 157 Fälle.
Schädellagen	93 1/3 Procent,	83 1/2 Procent,
Fusslagen	5 "	3 1/6 "
Knielagen	1 2/3 "	— "
Steisslagen	— "	5 1/6 "
Scheitel- und Stirnlagen .	— "	1 5/6 "
Querlagen	— "	6 1/3 "
Gute Wehen	90 "	73 1/5 "
Schlechte Wehen . . .	10 "	16 4/5 "
Natürliche Geburten . .	56 2/3 "	56 2/3 "
Zangengeburten . . .	23 1/3 "	16 1/2 "
Künstliche Frühgeburten	13 1/3 "	11 1/2 "
Wendungen	— "	17 2/3 "
Perforationen	1 2/3 "	1 1/3 "
Extractionen	3 1/3 "	1 7/8 "
Vorfall der Nabelschnur	1 2/3 "	4 1/2 "
Lebende Kinder . . .	73 1/3 "	65 3/5 "
Todte Kinder	16 2/3 "	34 2/5 "

Meine Zahlen bestätigen sonach durchweg die Angaben von Michaelis. Bei erneuter Schwangerschaft bei engem Becken werden die Wehen schlechter, die regelwidrigen Kindslagen häufiger, die operativen Entbindungen öfter nöthig, die Geburten todter Kinder häufiger, und zwar scheint stufenweise mit jeder neuen Schwangerschaft die Prognose in diesen Beziehungen schlechter zu werden.

Der Grund liegt offenbar in der zunehmenden Erschlaffung des Uterus. Wir wissen, dass nach einer regelmässigen Niederkunft der Uterus seine frühere Straffheit nicht wieder zu erreichen pflegt und dass nicht minder die Bauchdecken schlaffer werden als zuvor. Bei engem Becken wird dies um so mehr der Fall sein, als hier der Uterus während der Schwangerschaft höher und beweglicher zu stehen pflegt, seine Wände daher mehr der Stützpunkte entbehren, und als ferner bei

der Austreibung des Kindes grössere Kraftanstrengungen von der Muskelwand gefordert werden, Anstrengungen, denen eine Erschlaffung der gedehnten Theile nur zu leicht nachfolgt. Endlich ist auch der Umstand zu berücksichtigen, dass bei jeder neuen Niederkunft das Alter der Gebärenden um einen Zeitabschnitt vorgeschritten ist, und dass wir oft die Erschlaffung des Uterus als eine Theilerscheinung der Abnahme der gesammten Ernährung werden deuten dürfen.

Von practischer Wichtigkeit wird die Beurtheilung dieser Frage vorzugsweise bei der künstlichen Einleitung der Frühgeburt. Unsere Entscheidung über die Einleitung dieser Operation wird wesentlich davon abhängen, in wie weit wir auf gute Wehen und gute Kindslage bei der vorliegenden Schwangerschaft glauben rechnen zu dürfen.

Heinrich Müller, Sohn des practischen Arztes, Dr. med. L. Müller, wurde geboren am 15. Februar 1851 zu Versmold in Westfalen. Die erste Ausbildung bekam ich durch Privatunterricht und bezog im Jahre 1866 das Gymnasium zu Bielefeld, wo ich Ostern 1870 unter dem Directorium des Herrn Prof. Dr. Nitzsch das Maturitäts-Examen absolvirte. Darauf besuchte ich die Universität Tübingen, um Medicin zu studiren, blieb dort zwei Jahre und ging dann nach Marburg, wo ich im Sommer des Jahres 1872 das Tentamen physicum bestand. Nachdem ich dann zwei Jahre die dasigen Kliniken besucht, bestand ich gegen Ende des Wintersemesters 1873/74 das Examen rigorosum und wurde zur Promotion zugelassen.

Meine academischen Lehrer waren: In Tübingen die Herren Professoren und Docenten Luschka, Vierordt, Dursy, Hoppe-Seyler, Mohl, Leydig, Fittig, Reusch; in Marburg: Nasse, Mannkopff, Roser, Dohrn, Beneke, Schmidt, Lahs, Külz.

Allen diesen meinen hochverehrten Herren Lehrern meinen herzlichsten Dank und besonders dem Herrn Professor Dohrn für die gütige Unterstützung, die er mir bei vorliegender Arbeit zu Theil werden liess.

Thesen.

I.

Der Keuchhusten ist keine Neurose des Vagus, sondern ein mit Hyperästhesie der Luftwege verbundener Katarrh.

II.

Die Dilatation der Urethra durch Bougies oder Sonden ist in den meisten Fällen der inneren Urethrotomie vorzuziehen.

III.

Das Chloroform wird bei Kreissenden noch immer nicht genug angewandt.